FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Jean SOUEIX

De l'Incision Transversale

Sus-Pubienne de la Peau et de l'Aponévrose

DANS LES

LAPAROTOMIES GYNÉCOLOGIQUES

(Méthode de Pfannenstiel)

Président : M. DELBET, *professeur*

Juges : MM. SEGOND, *professeur*
WALTHER, *agrégé*
LEJARS, *agrégé*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CLAUDIUS REGAUD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

426

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Qui me donna le goût de la médecine et dont la vie restera pour moi un exemple de dévouement et de droiture professionnelle.

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et de profond amour filial.

A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUCQUOY

Président Honoraire de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

Au début de ce travail, il nous est agréable d'apporter l'hommage de notre reconnaissance à nos Maîtres dans les Hôpitaux :

Nous avons commencé nos études médicales à la Faculté de Médecine de Toulouse : MM. les Professeurs Bauby, Caubet, Mossé, Tapie y furent nos premiers Maîtres. Nous les remercions de nous avoir enseigné les éléments de l'art médical et d'avoir su nous le faire aimer.

Nous avons été pendant notre externat dans les hôpitaux de Paris, et pour notre grand profit attaché aux services :

De M. le Dr Lapointe, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine : il nous donna un enseignement utile et pratique à la Consultation de Chirurgie de cet Hôpital, et c'est à lui que nous devons l'idée de ce travail. Nous le prions d'accepter l'assurance de notre vive gratitude.

De M. le Dr Gouget, Professeur Agrégé, Médecin des Hôpitaux : nous avons puisé dans son service de l'Hôpital Claude-Bernard un précieux enseignement des maladies contagieuses.

De M. le Dr Poulard, Ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon : nous lui savons gré de nous avoir initié à l'étude des maladies des yeux, et de nous avoir appris les éléments de cette spécialité.

Nous avons appris à la Clinique Baudelocque l'art des accouchements : nous ne saurions oublier le magistral

enseignement de M. le Professeur Pinard. Nous remercions son distingué Chef de Clinique, M. le Dr Mouchotte, de la bienveillance qu'il nous a témoignée.

A la fin de nos études médicales, nous fîmes quelques mois d'internat dans les Hôpitaux du Havre. Nous gardons le meilleur souvenir de MM. les Drs Engelbach et Le Nouëne, Chirurgiens des Hôpitaux ; ils ont bien voulu nous témoigner une grande sympathie, et nous leur adressons l'expression de notre reconnaissance.

M. le Professeur Delbet veut bien nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui présentons nos remerciements les plus respectueux.

DE L'INCISION TRANSVERSALE

Sus-Pubienne de la peau

Et de l'Aponévrose

DANS LES

LAPAROTOMIES GYNÉCOLOGIQUES

INTRODUCTION

La méthode d'incision transversale sus-pubienne de la peau et de l'aponévrose dans les laparotomies gynécologiques préconisée pour la première fois par Pfannenstiel, a été décrite en France par un certain nombre d'auteurs. Mais la plupart de leurs travaux datent de l'époque à laquelle ils ont commencé à employer cette technique et ne permettent pas par conséquent d'en apprécier les résultats. M. le Dr Lapointe, chirurgien des hôpitaux a bien voulu nous confier les observations de malades opérées par lui ou par ses internes au cours de quatre années de 1905 à 1909. Malgré tous nos efforts, nous

n'avons pu retrouver qu'un assez petit nombre d'opérées, une dizaine environ, chez lesquelles la méthode de Pfannenstiel a donné d'excellents résultats tant au point de vue de la solidité de la paroi qu'au point de vue de la beauté de la cicatrice. Nous avons entrepris de mettre en valeur ces résultats, et de montrer la supériorité de la méthode de Pfannenstiel sur la méthode de laparotomie verticale classique, dans les cas où la nature des lésions ne contre-indique pas son emploi.

Après avoir exposé dans un premier chapitre l'HISTORIQUE de la question qui nous occupe, nous décrirons dans tous ses détails la TECHNIQUE OPÉRATOIRE ; nous exposerons ensuite les AVANTAGES de cette méthode, en essayant de réfuter les divers reproches qu'on a pu lui adresser. Un autre chapitre sera consacré à l'étude des *cas auxquels elle est applicable* et à l'énumération de ceux pour lesquels elle se trouve *contre-indiquée*. Nous relaterons en dernier lieu les OBSERVATIONS des opérées que nous avons pu revoir pour notre travail, et aussi celles des opérées, qu'il ne nous a pas été possible de retrouver en ce moment mais que M. le Dr Lapointe avait revues pour la plupart un certain temps après leur opération. Nous présenterons enfin nos CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est à un chirurgien italien que revient le mérite d'avoir eu l'idée de pratiquer dans un but esthétique l'incision transversale sus-pubienne pour la symphyséotomie. Après lui, Zweifel en Allemagne, Porak en France reprirent cette méthode dans la même opération.

Peu de temps après, Trendelenburg publia un mémoire dans lequel il relatait plusieurs cas de taille vésicale opérés par incision transversale.

Kustner (de Breslau) appliqua le premier le même mode d'incision transversale dans le traitement opératoire des affections gynécologiques ; il incisa la peau transversalement, et verticalement le feuillet antérieur de la gaine aponévrotique des muscles droits, et il donna à ce mode d'ouverture de l'abdomen le nom de *Kreuzschnitt* ou *d'incision cruciale*. Il publia en 1897 huit observations de malades opérées par ce procédé (1).

Frantzen (de Saint-Pétersbourg) publia à son tour un certain nombre de cas analogues à ceux de Küstner.

Rapin (de Genève), qui avait adopté le même mode

1. Kustner. *Centralblatt für Gynækologie*, 1897.

d'incision, présenta sept cas opérés par lui, au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Genève, et proposa de substituer à l'appellation d' « incision cruciale » donnée par Küstner celle d' « incision esthétique » (1). A la même époque, M. le professeur Segond employait en France une technique analogue à celle de Küstner, sans qu'il en eût pris connaissance auparavant. Il faisait cette incision dans un but esthétique, et pour obtenir une solidité plus grande de la paroi abdominale au niveau de la cicatrice. Son élève, Dartigues, a décrit sa technique opératoire dans la *Presse médicale* d'octobre 1899 (2).

Recherchant non plus seulement la beauté, mais surtout la solidité de la cicatrice. Pfannenstiel (3) imagina une technique nouvelle et toute différente, qu'il décrivit en 1900, publiant en même temps à l'appui de sa méthode 51 cas, qui lui avaient donné pleine satisfaction tant au point de vue esthétique qu'au point de vue de la solidité de la paroi. Nous verrons ultérieurement en quoi la technique de Pfannenstiel diffère de celle de Küstner, et Segond et en quoi elle nous paraît supérieure à cette dernière.

La méthode de Pfannenstiel ne tarda pas à se vulgariser en Allemagne où elle semble constituer le mode de choix d'ouverture de l'abdomen dans les laparotomies gynéco-

---

1. Rapin. *Presse médicale*, 1896, p. 480. Congrès de Genève.

2. Dartigues. *Incision cruciale et suture transversale sus-pubienne cachée par les poils dans la laparotomie* (*Presse Médicale*), octobre 1899.

3. Pfannenstiel. *Sammlung Klinischer Vortræge*, 1900, article no 268,

logiques. Successivement, Menge (1), en 1903, Werts (2), assistant de Dœderlein, en 1904, publièrent leurs statistiques. Le premier avait obtenu des résultats satisfaisants dans 32 cas; Dœderlein avait appliqué l'incision de Pfannenstiel à la plupart de ses interventions gynécologiques. Il en fut de même de la plupart des autres chirurgiens allemands, Hofmeier, Olshausen, Schanta, Prochownick, qui se montrèrent partisans de cette méthode.

L'incision transversale de Pfannenstiel fut adoptée aussi par Kœnig, de Genève, qui publia 4 cas en 1904, et par Cunnston (3) qui dit l'avoir employée avec succès dans 247 cas.

En France, ce fut M. le professeur Hartmann qui usa le premier d'une technique analogue à celle de Pfannenstiel : 5 cas opérés par lui suivant cette méthode et avec un plein succès se trouvent relatés dans la thèse de son élève Naudet (Paris, 1900). M. le Dr Lapointe, chirurgien des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail, a pratiqué ou fait pratiquer par ses internes depuis 1905 plus de cent laparotomies gynécologiques par la méthode de Pfannenstiel, et nous montrerons les résultats que lui a donnés ce procédé (4).

Sur ces conseils, son ami M. le Dr Vénot, professeur

---

1. Menge. *Uber den suprasymphysæren Fascienschnitt nach Pfannenstiel (Monats f. Geb. u. Gyn.*, 1905, XVII, 1259-1279, index bibliogr.)

2. Werts. *Centralblatt für Gynækologie* (1904) : Analyse. *Presse médicale*, 26 octobre 1904.

3. Cuunston. *Annales of Gynækol.*, octobre 1901.

4. V. *La Clinique*, 2 février 1906, p. 68 et 15 février 1906, p. 103.

agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, a adopté aussi le même mode d'incision de l'abdomen, et l'a pratiqué avec succès dans 30 cas, présentés le 31 mai 1907 à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (1).

Chavannaz (de Bordeaux) relatait également, dans la *Province médicale* de 1906, 6 cas opérés par lui (2). Pollosson (de Lyon) (3) rapporte avoir appliqué cette technique à 28 cas depuis le mois d'avril 1905, et il s'en montre partisan absolu.

Un certain nombre d'autres chirurgiens parisiens, parmi lesquels nous citerons MM. Guinard, Mouchet et Wiart, ont encore employé la technique de Pfannenstiel, mais leurs observations n'ont point encore été publiées.

Tixier (de Lyon) (4) est allé plus loin, et il a pratiqué en 1907 l'incision transversale de Pfannenstiel au niveau de la région sus-ombilicale dans une pyloro-gastrectomie pour cancer de l'estomac. Cela est en dehors de notre sujet, et nous nous bornerons à l'étude du procédé de Pfannenstiel dans les laparotomies gynécologiques.

---

1. Vénot (A.). Laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1907, XXVIII, 367.

2. Chavannaz. Sur l'incision de Pfannenstiel. *Province médicale*, 1906, n° 41.

3. Pollosson. Incision transversale des couches superficielles (Aponévr. et peau). *Lyon médical*, 1906, CVI, 489-495.

4. Tixier. Incision transversale dans les laparotomies épigastriques. Compte rendu de la Société de Chirurgie de Lyon du 21 février 1907.

Latarjet. Incision de Pfannenstiel. *Lyon médical*, 1907, CVIII, 960-964.

CHAPITRE II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Ce qui constitue l'originalité de la méthode de Pfannenstiel, et la différencie de la méthode de Küstner et Segond, c'est la section transversale de la gaine des muscles droits de l'abdomen, qui a pour but de substituer à la cicatrice verticale aponévrotique, de solidité précaire à cause de la traction exercée sur elle par les muscles larges de l'abdomen une cicatrice horizontale beaucoup plus résistante. Nous décrirons successivement le mode d'ouverture et le mode de fermeture de l'abdomen employés dans cette méthode.

I. — Ouverture de l'abdomen.

L'ouverture de la cavité abdominale comprend quatre temps que nous allons passer successivement en revue : 1° Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; 2° incision transversale de l'aponévrose ; 3° dissociation verticale des muscles droits sur la ligne médiane ; 4° ouverture du péritoine.

1° *Incision de la peau et du tissu cellulaire.* — On incise la peau et le tissu cellulaire en travers et suivant

une ligne légèrement concave en haut, après avoir repéré le bord supérieur de la symphyse pubienne, un peu au-dessus de son niveau et à 1 centimètre environ au-dessous de la limite supérieure des poils du pubis. Souvent d'ailleurs, existent à ce niveau un ou deux plis transversaux de la peau, et c'est avec un de ces plis que doit se confondre la ligne d'incision cutanée.

La longueur de l'incision varie avec le genre d'intervention, que l'on est appelé à pratiquer.

S'agit-il d'une intervention, telle qu'une hystéropéxie, pour une rétroflexion mobile ou même pour une rétroflexion adhérente mais dans laquelle on prévoit avoir peu de difficultés pour la libération des adhérences, il suffit de pratiquer une incision de 5 à 6 centimètres seulement.

S'agit-il au contraire d'une opération, que l'on prévoit plus laborieuse, ou que l'on pratique pour enlever une tumeur d'un certain volume pyo-salpinx, fibrome utérin ou kyste de l'ovaire, on donne à l'incision cutanée de 10 à 12 centimètres de longueur. Dans le but d'obtenir une incision plus symétrique, Pollosson (1) propose de ne placer la compresse stérilisée dite « champ operatoire » qu'après l'incision cutanée.

On se servira d'une compresse fendue, que l'on fixera à ce moment aux lèvres de la plaie. Cela permettra d'avoir vue au moment où l'on incise sur les différents points de repère de la paroi abdominale : ombilic, pubis, épines iliaques antéro-supérieures, et d'obtenir une incision exactement symétrique par rapport à la ligne médiane de l'abdomen.

1. Pollosson. *Lyon Médical*, 1906, CVI, 489-495.

A chaque extrémité de l'incision cutanée on décolle la peau de façon à mettre à nu une plus large surface de l'aponévrose. Dans la section du tissu cellulaire sous-cutané, on a intéressé quelques artérioles tégumenteuses, qu'il suffit de pincer, et qu'il est le plus souvent inutile de lier à la fin de l'opération. Il n'y a jamais en effet au niveau de la ligne d'incision de rameaux artériels importants. Les artères épigastriques sont situées, on le sait, en arrière de la gaine des droits. Les sous-cutanées abdominales, branches de la fémorale sont situées le plus souvent un peu en dehors de l'incision et rarement ouvertes.

Ce n'est que dans les cas où les veines superficielles sont dilatées par obstacle à la circulation dans la veine cave inférieure, que l'hémostase est un peu plus difficile ; encore faut-il ajouter que dans ce cas, on aurait éprouvé le même petit ennui avec une incision verticale, qui eût intéressé aussi bien que l'incision transversale les rameaux anastomotiques d'une circulation veineuse complémentaire.

2° *Incision transversale de l'aponévrose.* — La peau et le tissu cellulaire sous-cutanés incisés, on se trouve en présence du feuillet aponévrotique.

On est au-dessous de l'arcade semi-lunaire de Douglas et à ce niveau, les aponévroses des trois muscles larges de l'abdomen : grand oblique, petit oblique et transverse viennent passer en avant des muscles droits pour se réunir sur la ligne médiane, et constituer la ligne blanche. On trouve souvent en dehors de la ligne blanche l'aponévrose dissociée de chaque côté en deux feuillets : l'un superficiel, l'autre profond, qu'il faudra sectionner en deux

fois au bistouri. Pour ouvrir cette aponévrose, on pratique au bistouri de chaque côté de la ligne blanche un orifice capable d'admettre une branche de ciseaux ; on coupe alors l'aponévrose un peu au-dessus de la lèvre inférieure de l'incision cutanée à deux doigts environ de la symphyse et suivant une ligne convexe en bas comme

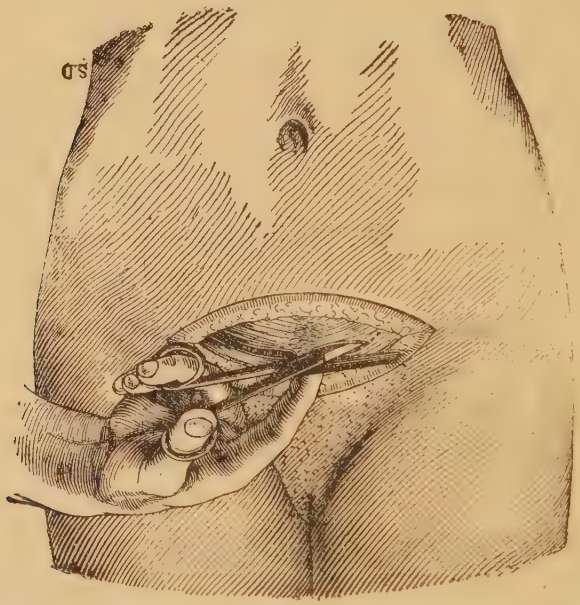

Fig. 1. — Après incision de la peau, les ciseaux sectionnent le feuillet antérieur de la gaine des droits de chaque côté de la ligne blanche.

Cette figure et les trois suivantes sont dues à M. Doin éditeur de la *Clinique* que nous remercions de son obligeance.

l'incision cutanée. On étend habituellement cette incision aponévrotique du bord externe d'un muscle droit à l'autre ; si l'on a besoin d'une ouverture plus large, il faut reprendre l'incision avec les ciseaux sur le feuillet superficiel seulement qui se continue avec l'aponévrose du grand

oblique, en laissant le feuillet profond, qui conduit tout de suite sur le muscle petit oblique.

On peut dès lors pratiquer le décollement de la gaine antérieure des droits incisée, pour la relever en un grand lambeau vers l'ombilic. Il faut d'abord disséquer l'adhérence à la ligne blanche : on répère tour à tour la lèvre supérieure et la lèvre inférieure. Après avoir avec les index recourbés en crochet et introduits dans l'interstice qui sépare le muscle droit et l'aponévrose, dissocié cet

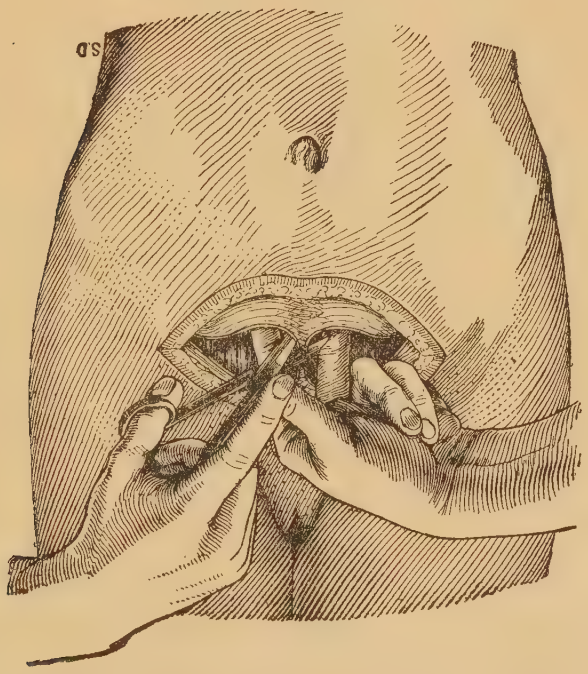

Fig. 2. — Section aux ciseaux de l'adhérence à la ligne blanche et décollement digital du lambeau aponévrotique.

interstice en quelques mouvements de va-et-vient, on glisse l'index et le médius de la main gauche, l'un à droite, l'autre à gauche de la ligne blanche encore adhérente, et

on la présente ainsi tendue devant les ciseaux qui la sectionnent de bas en haut en quelques petits coups. On pousse cette dissection plus ou moins en haut suivant la longueur d'incision longitudinale, que l'on veut obtenir. En général, après avoir saisi le sommet de ce lambeau supérieur au moyen d'une pince à traction, on pousse le décollement jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La lèvre inférieure aponévrotique est libérée de même jusqu'à la symphyse par dissection aux ciseaux de haut en bas sur la ligne médiane, car l'aponévrose n'est adhérente qu'à ce niveau. On tombe ainsi dans l'interstice qui sépare les muscles droits des muscles pyramidaux. Ces petits muscles, on ne l'ignore pas, sont inconstants : quand ils existent, on peut les conserver intacts avec leur point de fusion sur la ligne blanche et les repousser en bas contre le pubis avec la lèvre inférieure aponévrotique.

Il n'y a pas à craindre dans ce temps opératoire de faire un décollement de l'aponévrose aussi large que possible. Le lambeau est irrigué par des rameaux artériels descendant de la mammaire interne et des artères intercostales, et sa vitalité se trouve de ce fait largement assurée.

3° *Dissociation verticale des muscles droits.* — Les deux lèvres aponévrotiques ainsi écartées, on voit les fibres musculaires des muscles droits faire hernie à travers l'orifice ainsi créé. Il ne reste plus qu'à les traverser sur la ligne médiane dans le sens vertical. Cette dissociation se fait d'habitude à la sonde cannelée et presque toujours sans le secours du bistouri. Elle est conduite jusqu'à la symphyse pubienne, et elle ouvre l'espace prévésical. Cet

espace se déprime d'ailleurs sous la pression de l'air, surtout chez les femmes maigres. En haut, on peut pousser la dissociation musculaire aussi loin que le permet la pince, qui fixe le milieu du lambeau.

4° *Ouverture du péritoine.* — Le dernier temps d'ouverture de la cavité abdominale comprend l'incision du péritoine. Cette incision se fait dans le même sens que la dissociation des muscles droits, c'est-à-dire dans le sens

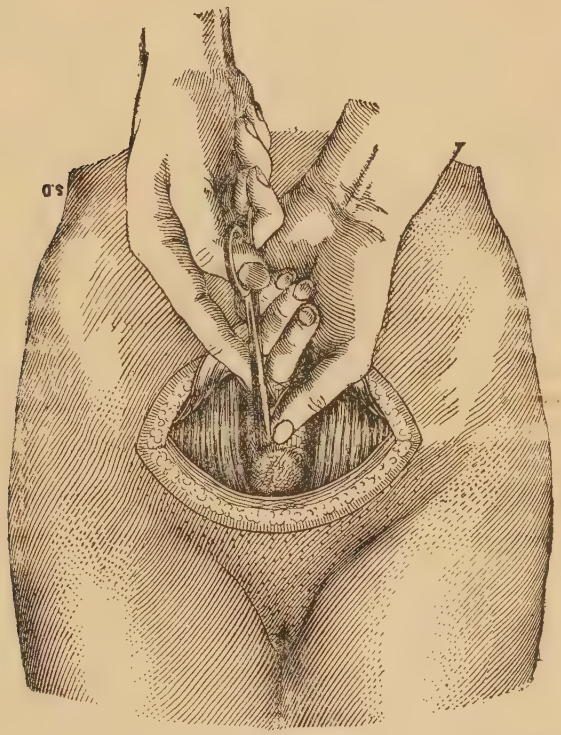

Fig. 3. — Après dissociation des droits le péritoine est incisé jusqu'au sommet de la vessie.

vertical. On la pratique de la même façon que dans le procédé ordinaire de laparotomie par incision médiane. Mais, dans la méthode que nous décrivons, se rencontre

quelquefois un écueil qu'il est facile d'éviter, c'est l'ouverture de la vessie. Il faut, au moment de l'incision péritonéale avoir soin de la protéger contre les ciseaux et de la refouler derrière la symphyse pubienne. Pour cela, il suffit de saisir le sommet de cet organe avec le pouce et l'index gauches, qui le mettent ainsi à l'abri de toute blessure. D'ailleurs on a eu soin d'évacuer la vessie

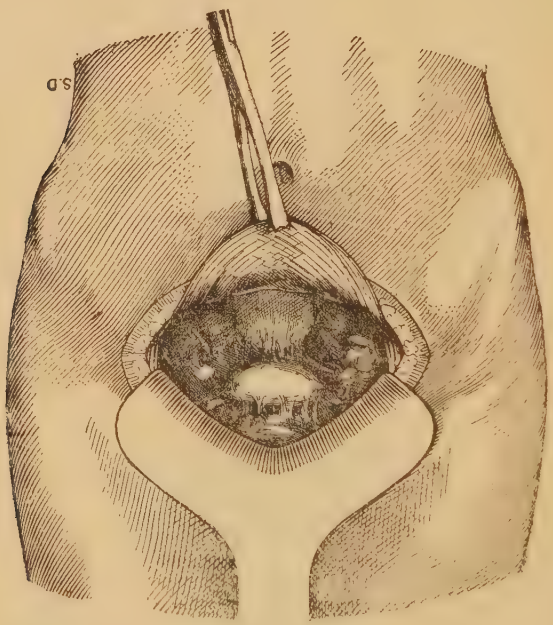

Fig. 4. — Aspect du Champ opératoire.

avant l'opération, ce qui diminue grandement les chances de blessure de cet organe. L'ouverture de l'abdomen est dès lors terminée : il suffit d'introduire dans le sens de la fente intermusculaire une valve sus-pubienne, que l'on placera ensuite dans le sens transversal par une simple rotation de 90 degrés sur son grand axe. Il est à remar-

quer que dans le procédé que nous décrivons, les muscles droits s'écartent l'un de l'autre avec la plus grande facilité, car ils ne sont plus bridés par les lèvres tendues et résistantes du feuillet antérieur de leur gaine, comme dans l'incision aponévrotique médiane.

II. — Fermeture de la cavité abdominale

La fermeture de l'abdomen s'opère comme l'ouverture en quatre temps, qui sont les suivants : 1° suture du péritoine ; 2° rapprochement des muscles droits ; 3° suture de l'incision aponévrotique transversale ; 4° enfin suture de la peau.

1° *Suture du péritoine.* — La suture du péritoine se fait par un simple surjet aux catgut. Il est recommandé dans ce temps de faire retrousser le plus haut possible le lambeau aponévrotique, afin de bien dégager la partie supérieure de l'incision péritonéale. Il faut aussi avoir soin de cesser le renversement de la malade avant la fermeture complète du péritoire, pour chasser l'air, qui pourrait être contenu dans la cavité abdominale, et déterminerait après l'opération en s'infiltrant dans le tissu cellulaire de l'emphysème de la paroi.

2° *Réunion du plan musculaire.* — On réunit alors le plan musculaire, en rapprochant les deux muscles droits au moyen de cinq à huit points séparés au catgut numéro 2. Les points ne devront pas être serrés, afin d'éviter toute déchirure des fibres musculaires : il suffira d'établir un simple contact entre les deux bords des muscles, et ceux-

ci auront été dans le même but pris par le fil en leur milieu, assez loin par conséquent de leur bord libre. Un des points musculaires rétablira l'insertion supérieure des petits muscles pyramidaux, et à la partie inférieure de la ligne de suture les fils prendront en masse en même temps que les fibres musculaires la graisse et le fascia prévésical, afin de supprimer autant que possible le décollement créé à ce niveau.

2° *Suture de l'aponévrose.* — La suture de l'incision aponévrotique transversale ne présente aucune difficulté, à cause du rapprochement aisé des lèvres de l'aponévrose. Il suffit de laisser retomber le lambeau supérieur, qui de lui-même vient se placer au contact de la tranche inférieure.

Dans ce temps de réunion, on place d'abord le point du milieu, ce qui facilite grandement la coaptation des deux lèvres, et rend plus facile la pose des autres points. Trois ou quatre points de chaque côté suffiront en général pour rétablir la continuité de ce feuillet aponévrotique.

Les points les plus externes de cette ligne de suture devront intéresser au niveau du bord externe des droits les divers feuillets aponévrotiques encore dissociés à ce niveau.

4° *Suture de la peau.* — Au moment de suturer la peau, on remarque que les lèvres de l'incision s'accolent beaucoup plus régulièrement et beaucoup plus facilement que dans la laparotomie médiane. Cette suture de la peau peut se faire aux crins de Florence ou mieux à l'aide des agrafes de Michel. Dans ce dernier cas, il sera bon, avant de poser les agrafes, de passer profondément de chaque

côté du milieu de l'incision et à l'union du tiers moyen et de chaque tiers externe un ou deux crins solides entrant et sortant à 3 centimètres environ des bords de l'incision. Ces crins ne sont pas noués immédiatement : on pose les agrafes de Michel, et on applique au-dessus d'elles et devant la ligne de réunion un petit rouleau de gaze stérilisée, épais comme quatre doigts environ, et on le fixe en nouant par-dessus les crins, posés au début de la suture.

C'est là un excellent moyen, préconisé par M. Guinard, et qui permet, grâce à la compression exercée par le rouleau de gaze au niveau de la ligne de suture, la formation d'un hématome, qui augmenterait les chances de suppuration de la paroi. Tel est le mode de fermeture de l'abdomen préconisé par Pfannenstiel, et adopté par la plupart des auteurs, Lapointe, Pollosson, etc., qui se servent de sa méthode. Chavannaz (de Bordeaux), qui est lui aussi partisan de l'incision transversale de Pfannenstiel, et l'a appliquée dans un certain nombre de cas (1), a modifié légèrement le mode de suture de la paroi abdominale. Il place quatre points temporaires aux fils d'argent, qui prennent en masse la peau et l'aponévrose en passant au voisinage des lèvres de la plaie. Il ferme ensuite au catgut l'aponévrose, puis serre les fils d'argent placés au préalable. Ces fils sont d'ailleurs enlevés au bout de trois ou quatre jours. Cette petite modification à la technique exposée plus haut nous paraît absolument inutile, et ne pas devoir augmenter la bonne réunion des tissus.

Drainage. — Dans certains cas, où les manœuvres

1. Pfannenstiel, *in loc. cit.*

intrapelviennes ont été particulièrement laborieuses. et dans lesquels il est à craindre que l'hémostase n'ait pas été faite d'une façon absolument parfaite, il sera bon d'effectuer un drainage. On fixe alors suivant les cas un ou deux drains vers le milieu de ligne d'incision. Pour éviter la création d'un point faible à ce niveau. c'est à-dire à l'intersection de l'incision musculo-péritonéale verticale et de l'incision cutanée horizontale, Chavannaz a proposé de pratiquer dans les cas où un drainage paraît nécessaire une petite incision sur la ligne blanche un peu au-dessus de la ligne d'incision transversale, et de faire passer le drain par cette petite ouverture supplémentaire. Ce drain aurait, d'après lui, une action efficace malgré sa direction un peu ascendante. Cette petite précaution nous paraît encore inutile, car, on crée ainsi une petite cicatrice au niveau de la ligne blanche, et d'autre part ainsi que nous le verrons par les observations que nous relatons plus loin, la place du drain sur le milieu de la ligne de suture n'a pas créé de point faible à ce niveau, et n'a été l'amorce d'aucune hernie. D'ailleurs, la plupart des cas, il est possible de substituer au drainage abdominal, au niveau de la ligne de suture, un drainage par le cul-de-sac postérieur, dont l'action est souvent plus efficace, et qui en tous cas présente l'avantage de ne diminuer en rien la solidité de la paroi et de de pas créer une cicatrice de plus.

Telle est exposée dans tous ses détails et avec tous les perfectionnements, qu'a pu y apporter une pratique de plusieurs années la technique d'incision transversale de l'abdomen, préconisée par Pfannenstiel. Elle présente, à notre avis, sur la méthode classique de laparotomie médiane un

certain nombre d'avantages, que nous allons exposer; nous verrons que ces avantages compensent largement les quelques inconvénients que l'on a pu lui reprocher. Ces reproches ne sont pas d'ailleurs, disons-le, toujours justifiés : c'est ce que nous nous efforcerons de démontrer.

CHAPITRE III

AVANTAGES, INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE DE PFANNENSTIEL

Les avantages que présente à notre avis la technique de Pfannenstiel peuvent être classés en avantages immédiats, c'est-à-dire se manifestant pendant le cours même de l'opération, ou dans les quelques jours qui la suivent, et en avantages tardifs, ces derniers lui constituant une supériorité notable sur la laparotomie médiane classique tant au point de vue de la solidité que de la beauté de la cicatrice. L'objet de notre travail est surtout de mettre en relief ces avantages tardifs, car nous relatons plus loin les observations de malades opérées depuis plusieurs années, et qui présentent des cicatrices parfaites, aussi bien par leur bonne résistance que par leur aspect.

Avant d'exposer les divers avantages de la méthode que nous décrivons, nous allons passer en revue les diverses reproches que l'on a pu lui faire.

On a d'abord objecté que l'incision transversale du plan cutanéo-graisseux était plus hémorragique que l'incision verticale de la laparotomie ordinaire : il faut reconnaître que l'incision verticale au niveau de la ligne blanche est habituellement exsangue, mais ainsi que nous l'avons vu

dans la technique opératoire, l'incision transversale n'intéresse jamais que de petits vaisseaux, qu'il suffit de pincer momentanément, et qu'il est inutile de lier.

Un second reproche serait le danger de léser la vessie : nous avons déjà montré également combien il est facile de protéger cet organe, et de se mettre à l'abri de cet écueil par un cathétérisme évacuateur préalable et en faisant d'abord une boutonnière péritonéale à la limite supérieure de l'incision longitudinale.

L'incision de Pfannenstiel donnerait au dire de certaines auteurs un jour insuffisant sur la région à opérer.

Pfannenstiel (1) a fait lui-même justice de cette objection, et a montré que sa méthode donnait au contraire un plus grand jour que la méthode classique sur les parties latérales du petit bassin. « Tous les détails de technique opératoire ; libération d'adhérences, pose de fils dans la profondeur, séparation des annexes, amputation de l'utérus ou de la totalité des organes génitaux réussissent très bien. » Pas une fois Pfannenstiel ne fut obligé de rendre le jour plus grand par l'adjonction d'une incision longitudinale des aponévroses. M. le Dr Lapointe, qui a pratiqué une centaine de laparotomies gynécologiques suivant cette méthode, fut obligé une seule fois de pratiquer cette incision en ancre, l'incision transversale de l'aponévrose ayant été insuffisante. On obtient par l'incision transversale aponévrotique un orifice arrondi par lequel une main de grosseur moyenne peut passer commodément.

---

1. Pfannenstiel, *loc. cit.*

Dans certains cas, l'étroitesse de l'ouverture peut provenir d'une contraction tétanique des muscles droits : il suffit pour la faire disparaître et rendre à l'orifice un diamètre suffisant de pousser un peu plus loin l'anesthésie. On ne saurait donc reprocher à cette méthode de donner un éclairage et un champ d'action insuffisant : nous verrons au contraire en étudiant les avantages qu'elle présente, que l'un d'eux réside dans un accès plus facile sur la région opératoire.

Elle a cependant un inconvénient, que nous devons signaler : c'est celui d'exposer les malades à des suppurations de la paroi plus graves que la méthode classique de laparotomie. Ces suppurations sont en effet peut-être plus difficiles à traiter que celles d'une incision médiane, car dans le cas où elles sont sous-aponévrotiques, elles trouvent dans le décollement situé entre l'aponévrose et les muscles droits un assez large espace où elles peuvent fuser et qu'il est assez difficile de drainer. D'un autre côté, la dénudation des muscles droits donnant lieu à une plus grande surface cruentée que dans la laparotomie médiane, les chances de suppuration sont plus considérables, si l'on n'opère pas sous le couvert d'une asepsie rigoureuse, ou si l'on a à pratiquer l'extirpation d'annexes suppurées. Aussi faut-il pour parer à cet inconvénient, et éviter tout contact septique garnir soigneusement de compresses stérilisées les bords de la fente musculaire et la surface des muscles mise à nu. C'est là à notre avis le seul reproche que l'on puisse faire, et encore est-il possible d'y remédier par une asepsie parfaite et grâce aux précautions indiquées.

Cet inconvénient est d'ailleurs largement compensé par les nombreux avantages que nous allons exposer.

Si la méthode de Pfannenstiel expose plus facilement que la méthode classique, les malades aux suppurations de la paroi, elle diminue par contre les chances d'infection péritonéale, ce qui est beaucoup plus important. La masse intestinale se trouve en effet constamment contenue au-dessus de la région où l'on opère. L'intestin apparaît beaucoup moins qu'avec l'incision médiane : il en résulte que le choc abdominal et les chances d'infection, qui sont en rapport avec le refroidissement et les manipulations de l'intestin se trouvent de ce fait grandement diminués.

A côté de cet avantage, il faut reconnaître en outre que l'écartement des muscles droits est beaucoup plus aisé que dans l'incision médiane. Dans ce cas, en effet, cet écartement se trouve limité par la tension des bords de l'incision aponévrotique, tandis que dans l'incision transversale, les deux muscles s'écartent à la façon de deux bandes de caoutchouc : il en résulte que la main du chirurgien peut pénétrer plus facilement dans la cavité opératoire, à l'encontre de ce que l'on avait reproché à tort à la méthode de Pfannenstiel. Cette facilité plus grande des manœuvres opératoires se manifeste surtout chez les personnes grasses, car le tablier cutanéo-aponévrotique étant relevé, le chirurgien n'est plus séparé de la cavité abdominale que par l'épaisseur des muscles droits, et non plus par une épaisse couche de tissu cellulo-graisseux comme dans le procédé classique.

A côté de ces avantages, qui se manifestent au cours même de l'acte opératoire, le mode d'incision transversale

pue nous décrivons, en présente un certain nombre d'autres qui apparaissent dans les suites immédiates et éloignées de l'opération. On est tout d'abord frappé dans les premiers jours qui suivent l'intervention de la rapidité avec laquelle s'opère la cicatrisation, et cela surtout dans les cas où il n'a pas été nécessaire de faire un drainage au niveau de la plaie opératoire. Dans la plupart des cas, on peut, dès le sixième jour, enlever les moyens de réunion des lèvres de la plaie, qu'il s'agisse de crins ou d'agrafe de Michel. Cette exagération du processus cicatriciel tient probablement à deux causes : la direction curviligne de l'incision sus-pubienne étant celle des fibres de la peau, il se fait une adaptation parfaite et un accolement très rapide des lèvres de l'incision cutanée. D'autre part, il est à remarquer que dans la méthode de Pfannenstiel, on pratique l'incision en une région beaucoup plus riche en vaisseaux, que la région de la ligne blanche, siège de l'incision verticale classique et au niveau de laquelle viennent se perdre simplement de fines ramifications artérielles et veineuses. Si cela constitue une petite difficulté pour l'hémostase, ainsi que nous l'avons déjà signalé, au cours de l'acte opératoire, il résulte par contre de cette vascularisation meilleure au niveau de la plaie, que le processus cicatriciel marche avec une rapidité bien plus grande qu'au niveau de la ligne médiane de l'abdomen.

Ce qui constitue surtout la supériorité de la méthode de Pfannenstiel, ce sont les résultats qu'elle donne au point de vue de la solidité de la cicatrice. Nous nous sommes attaché au cours de ce travail à rechercher les résultats

que l'on avait obtenus à ce point de vue ; il ne nous a pas été possible de retrouver toutes les opérées, dont M. le Dr Lapointe avait bien voulu nous confier les observations. Nous devons dire que cette recherche de malades opérées depuis un certain nombre d'années est très difficile à Paris où il n'existe aucune sanction et aucune discipline permettant aux chirurgiens de pouvoir se rendre compte des résultats de leurs opérations. Un grand nombre d'opérées avaient donné à l'hôpital des adresses inexactes, d'autres avaient changé de domicile ; d'autres enfin étaient en voyage : malgré tous nos efforts et notre bonne volonté, nous n'avons pu revoir qu'une douzaine de malades opérées par M. Lapointe ou ses internes depuis 1905 jusqu'à 1908. Chez toutes ces malades, ainsi qu'on pourra le vérifier par les observations, que nous joignons à notre travail, la cicatrice était très solide, et ne présentait jamais de point faible, même chez celles qui avaient eu un drain au niveau de leur cicatrice. A plus forte raison, n'avons-nous pas eu à constater chez elles d'éventration. On sait cependant combien sont fréquentes les éventrations soit précoces, soit tardives après les laparotomies médianes. Aussi, a-t-on proposé pour y remédier une grande variété de procédés et de matériaux de sutures ; mais aucun d'eux n'a, croyons-nous, pu donner à cet effet une action préventive efficace.

Madelung a pu observer 144 cas, dans lesquels il s'était fait une rupture précoce des sutures et un prolapsus post-opératoire de l'intestin, après des laparotomies médianes, et sur ces 144 cas, 82 étaient consécutifs à des interventions sur l'utérus ou sur les annexes.

Au contraire, avec le procédé d'incision transversale de l'aponévrose, aucun des auteurs qui l'ont employé n'a eu à signaler aucun cas d'éventration précoce. Cela tient à la disposition de la ligne de suture, disposition qui la protège contre les mauvais effets de la contraction des muscles plats de l'abdomen, obliques et transverses. Tandis que dans la laparotomie médiane l'effort de ces muscles s'exerce de chaque côté en sens contraire sur la ligne de suture verticale, et tend à la disjoindre, ici cet effort s'exerce seulement sur les angles de la suture, ce qui a pour conséquence non plus d'écarter les lèvres de l'incision, mais au contraire de les rapprocher et de les coapter, comme celles d'une boutonnière, dont on tirerait chaque extrémité dans un sens opposé.

Cette disposition anatomique intervient encore comme cause préventive des éventrations tardives. Avec le procédé classique, ces éventrations sont relativement fréquentes, puisqu'elles se produiraient dans 6 0/0 des cas d'après Abel, même lorsqu'il y a eu réunion par première intention. Au contraire, avec le procédé de Pfannenstiel, on n'a pas encore eu, croyons-nous, à signaler d'éventration. On pourrait objecter que, cette méthode étant relativement récente, les cas d'éventration tardive n'ont pas eu le temps de se produire. Ce n'est pas, à notre avis, une objection sérieuse, car les éventrations tardives ne se produisent jamais brusquement, du jour au lendemain, pourrait-on dire ; elles sont toujours précédées, amorcées par des points faibles au niveau de la cicatrice, points faibles au niveau desquels il se manifeste une impulsion à la toux ou au renversement du tronc en arrière.

Chez toutes les opérées que nous avons pu observer nous avons recherché l'existence de ces points faibles, mais dans aucun cas nous n'avons eu à en constater, et nous avons toujours été frappé, au contraire, par la résistance de la paroi abdominale à ce niveau. Aucune des malades, que nous avons vues, n'avait besoin de porter de ceinture abdominale, et toutes avaient pu reprendre sans difficulté leurs occupations souvent pénibles. Ces bons résultats sont dus à ce que l'incision transversale respecte les dispositions anatomiques de la paroi : en effet, au-dessous de la ligne semi-circulaire de Douglas, les aponévroses des trois muscles transversaux de l'abdomen forment en avant des muscles droits une lame très solide, une sorte de sangle abdominale, qui est détruite dans le cas d'incision verticale de l'aponévrose. Au contraire, l'incision de Pfannenstiel n'en modifie en rien la résistance à l'effort abdominal et à la traction bilatérale des muscles. De plus, il se fait au cours du travail de cicatrisation, une fusion des aponévroses avec les muscles droits : cette fusion a pour effet de maintenir rapprochés les deux muscles, et d'en diminuer les chances de diastasis, la ligne d'adhérences cicatricielles de l'aponévrose aux muscles leur constituant une sorte de plaque de soutien.

On pourrait craindre, qu'il ne se fasse un point faible au niveau du croisement de la ligne de dissociation des droits avec le milieu de la ligne de section transversale de l'aponévrose, juste au-dessus du pubis. Même après drainage, Pfannenstiel n'a jamais vu la cicatrice transversale céder à ce niveau, et trois opérées qu'il avait drainées ont eu une paroi aussi solide que celles qui n'avaient pas été drainées.

Pour notre part, nous n'avons jamais non plus constaté de point de moindre résistance à ce niveau. Il nous paraît donc légitime d'affirmer que la qualité dominante de la méthode de Pfannenstiel est la reconstitution solide de la paroi sans risque d'éventration ni précoce, ni tardive.

C'est grâce à cette qualité que la technique de Pfannenstiel possède encore sur la méthode classique la supériorité de permettre aux opérées un lever précoce, c'est-à-dire vers le quinzième jour, dans les cas de réunion par première intention. Si le traitement ambulatoire des opérés, de laparotomie, qui nous est venue d'Amérique, constitue « une innovation déplorable », ainsi que cela fut dit à la Société de Chirurgie de Paris en mai 1908 à la suite d'une communication de M. H. Faure sur « la durée du séjour au lit après les opérations abdominales » (1) il n'en est pas de même, et en cela nous ne faisons que partager l'avis plus éclairé de notre maître, M. Lapointe, de la réduction de la durée de l'alitement et de l'hospitalisation dans un certain nombre de cas déterminés. Les cas de laparotomie par incision transversale sus-pubienne à cause de la rapidité de cicatrisation de la peau et de la solidité de la réunion, sur lesquelles nous venons d'insister, méritent d'en bénéficier. On peut autoriser dans ces cas le lever au dixième ou douzième jour, à la condition que les suites opératoires aient été normales, que la réunion ait eu lieu par première intention, et qu'on n'ait pas été obligé d'installer un drainage sus-pubien prolongé. Ainsi que nous l'avons vu, on draine dans cette méthode presque toujours par le vagin, et un

1. *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 6 mai 1908

drainage sus-pubien de quarante-huit heures ne retarderait que peu la réunion. Le seul danger de cette pratique est l'embolie : or, il faut savoir, ainsi que le montre une statistique récente de la clinique de Bonn (1) que plus de la moitié des cas d'embolie post-opératoire ont été observés pour des fibromes, et nous verrons ultérieurement que sauf dans le cas où ils sont de petit volume, il n'est pas indiqué d'enlever les fibromes par incision transversale, et que d'autre part les embolies post-opératoires deviennent rares au delà du dixième jour, ainsi qu'on le voit par a statistique de Ranzi (2). Le travail d'organisation du thrombus se fait rapidement à moins qu'il ne soit troublé par l'infection du caillot : c'est dans ces cas que l'on peut observer des embolies jusqu'à trois mois après une opération. Mais alors on aura observé dans les suites opératoires quelques signes d'infection, qui contre-indiquent un lever prématuré.

Ainsi donc, il nous paraît logique et avantageux de réduire de moitié la durée du séjour à l'hôpital pour les malades qui ont subi une laparotomie gynécologique par incision transversale sus-pubienne suivant la technique de Pfannenstiel, mais sous la réserve formelle que les suites opératoires aient été absolument normales (3).

Un dernier avantage de cette technique, qui, pour nous, est de moindre importance, mais auquel les opérées se montrent très sensibles, quels que soient leur âge et leur état

---

1. Zurhelle. *Arch. f. Gynecol.*, 1908, t. LXXXVII, p. 442.
2. Rauzi. *Archiv. f. Klin. Chirurgie*, 1908, t. LXXXVII, p. 380.
3. V. *La Clinique*, 25 juin 1909. — Lapointe. *Du lever précoce après les laparotomies.*

social, c'est le résultat qu'elle donne bien supérieur au point de vue esthétique à celui de la laparotomie médiane classique.

« La cicatrice est une tare », a dit Morestin. Cela est surtout vrai pour les femmes jeunes et vierges et pour des femmes faisant, en quelque sorte, profession de leur beauté, nous voulons parler des modèles qui posent le nu surtout pour la peinture.

Si une cicatrice altère peu, en effet, l'harmonie des lignes chez un modèle sculptural, il n'en est plus de même chez un modèle de tableaux : dans ce cas, une cicatrice visible altère notablement l'aspect pictural de la région et interrompt la nuance générale de la paroi. De ce fait, la valeur professionnelle du sujet se trouve notablement diminuée. A ce point de vue, la méthode que nous décrivons a sur la méthode classique, l'immense avantage de donner une cicatrice très peu apparente, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte par les cas que nous avons observés et que nous publions plus loin.

Cela tient à ce que, dans cette méthode, l'incision curviligne a été faite dans le même sens que les fibres de la peau et à ce qu'il y a eu une coaptation plus parfaite que dans le mode d'incision verticale des lèvres de la plaie opératoire.

Le lieu de l'incision lui permet, en outre, de se dissimuler très facilement dans les poils du pubis, quand ceux-ci sont quelque peu fournis. On peut voir par la photographie que nous reproduisons ici, qu'il est des cas où la cicatrice demeure à peu près invisible grâce à cette disposition. Même chez les malades dont les poils sont peu abondants

au niveau du pubis, la cicatrice est toujours peu apparente, car elle se cache dans un de ces replis cutanés qui séparent du mont de Vénus la saillie abdominale, et que l'on

Fig. 5. — Cicatrice d'incision transversale invisible, dissimulé e dans les poils du pubis. (Photographie prise un an après l'opération).

a choisis, comme lieu de l'incision ainsi que nous l'avons indiqué en décrivant la technique opératoire. Cette supério-

rité esthétique mérite, croyons-nous, de faire préférer par le chirurgien aux autres méthodes, celle de Pfannenstiel dans les cas où il n'y a pas de contre-indication à son emploi, car nous pensons que la chirurgie doit s'efforcer d'être un art au sens esthétique du mot et que ceux qui la pratiquent doivent se laisser guider par le souci de ne pas nuire à la beauté des formes, à la condition qu'il ne diminue pas la sécurité de l'acte opératoire, ni la valeur des résultats curatifs.

Nous devons ajouter que cette supériorité esthétique de la méthode de Pfannenstiel d'ordre secondaire dans beaucoup de cas, acquiert une importance toute particulière chez certaines femmes nerveuses. On a souvent vu, en effet, chez ces femmes une cicatrice apparente devenir une sorte de hantise et devenir la cause de troubles psychiques plus ou moins graves. Certaines femmes se sont même montrées réfractaires à une opération chirurgicale utile, uniquement par crainte d'une cicatrice apparente : c'est pour elles un véritable bienfait de la méthode d'incision transversale suspubienne que de pouvoir leur faire accepter une intervention, qui leur apportera un soulagement ou une guérison définitive. C'est d'ailleurs une raison du même ordre qui a contribué à faire souvent préférer l'hystérectomie vaginale à l'hystérectomie abdominale.

On peut voir par les nombreux avantages qu'elle présente, et que nous venons d'exposer, que la méthode de Pfannenstiel mérite d'être vulgarisée. Hâtons-nous de dire qu'on ne saurait cependant l'employer indistinctement dans tous les cas justiciables d'une laparotomie gyné-

cologique. Comme la plupart des autres méthodes opératoires, elle a des contre-indications et des indications que nous allons exposer.

CHAPITRE IV

INDICATIONS. — CONTRE-INDICATIONS

Nous ne saurions avoir la prétention de soutenir que l'incision transversale avantageuse dans un grand nombre de cas puisse supplanter complètement en gynécologie la méthode classique. La première contre-indication à l'emploi de cette méthode tient au volume des lésions à opérer : on peut dire qu'il y a contre-indication à son emploi pour toute tumeur dépassant l'ombilic ou l'atteignant sauf le cas de tumeur liquide réductible par la ponction. Sans doute, dans les cas où au cours de l'intervention on se trouve gêné pour extirper les lésions par la voie de l'incision transversale, on peut recourir à une seconde incision verticale, mais c'est là un procédé de fortune, que l'on ne saurait ériger en méthode générale, et dans ces cas, il nous semble préférable de recourir d'emblée à la laparotomie médiane verticale. Pfannenstiel réservait son incision aux inflammations de l'utérus et des annexes, aux rétroflexions adhérentes, aux poches suppurées du petit bassin, aux grossesses extra-utérines, aux petits kystes de l'ovaire. La plupart des chirurgiens allemands qui ont adopté l'incision aponévrotique transversale, Hoffmeier, Olshausen, Schanta, Prochownick, Menge, Dœderlein ont

étendu le domaine de l'incision transversale aux fibromes, cancers, gros kystes de l'ovaire à développement intra-ligamentaire très suspects de grosses adhérences. Dœderlein a depuis 1903 opéré tous les cancers avec l'incision transversale. Ils ont eu tort à notre avis de vouloir ainsi appliquer à tous les cas cette méthode, et nous pensons qu'il convient de la réserver aux divers cas, que nous passerons ultérieurement en revue, et dans lesquels le petit volume des tumeurs à enlever permet leur issue facile à travers l'incision transversale, toujours plus étroite que l'incision verticale.

A côté de cette contre-indication, tirée du volume des lésions, pour lesquelles on intervient, il en est une autre, qui est admise par la plupart des partisans de cette méthode et qui tient à l'état de la paroi abdominale. Dœderlein prétend que c'est là la seule contre-indication. Elle est créée par l'énorme développement du tissu cellulaire sous-cutané et de la graisse sous-péritonéale. Ces deux contre-indications générales étant admises, nous allons étudier successivement les diverses affections gynécologiques pour lesquelles on peut avoir à intervenir par incision transversale, nous attachant à montrer les divers cas justiciables de cette technique et ceux dans lesquels il vaut mieux s'en abstenir et recourir à la méthode classique.

Etudions en première ligne une des affections, qui condamne le plus souvent les femmes à une intervention par voie abdominale, nous voulons parler de *l'annexite*. On peut affirmer que sauf le cas de gros pyo-salpinx remontant au-dessus du détroit supérieur, la plupart des annexi-

tes peuvent être attaquées par la méthode de l'incision transversale sus-pubienne. On pratique aussi aisément que dans une laparotomie médiane toutes les manœuvres opératoires, qui restent dans le périmètre du petit bassin, qu'il s'agisse de libération d'adhérences, de clivage des masses annexielles, d'hystérectomie supra-vaginale ou d'hystérectomie totale. L'ouverture de la paroi est toujours suffisante pour laisser passer la main d'un opérateur, qui sait s'en servir, et à la condition qu'elle ne soit pas d'une grosseur supérieure à la moyenne. Il est certain que l'on est moins au large qu'avec une grande incision verticale, mais on doit rester dans une juste mesure entre les longues incisions et les petites boutonnières à travers lesquelles on parvient à peine à faire passer deux ou trois doigts. On peut dire que la laparotomie par section transversale cutanéo-aponévrotique permet toujours ce qu'on peut faire à travers une incision verticale de 15 centimètres, grâce à l'écartement facile des muscles droits, que nous avons déjà signalé. Sur les 49 observations, qu'a bien voulu nous confier M. le Dr Lapointe, nous trouvons 26 hystérectomies totales ou subtotales, une ablation double des annexes sans hystérectomie et avec hystéropexie, 10 salpingo-ovariectomies unilatérales avec ou sans hystéropexie et appendicectomie, une salpingectomie double avec ovariectomie unilatérale, toutes ces opérations pratiquées pour lésions annexielles suppurées, et le plus souvent adhérentes à l'intestin et aux parois pelviennes. Dans aucun cas, l'opérateur n'a été gêné par l'étroitesse de l'incision : il a toujours eu au contraire un accès facile sur les parois latérales du bassin et sur les fosses iliaques.

A côté de ces lésions inflammatoires, un certain nombre de tumeurs des organes génitaux sont justiciables de la méthode de Pfannenstiel : ce sont d'abord *certains kystes de l'ovaire*. On peut les extirper par cette voie à la condition de les réduire de volume par la ponction, et à condition aussi que leur ancienneté n'ait pas déterminé des adhérences étendues. M. le Dr Lapointe a pu ainsi faire l'ablation d'un kyste atteignant l'ombilic, et la compléter par celle de l'utérus et d'un gros pyo-salpinx adhérent. Nous trouvons dans ses observations 5 cas de kystes de l'ovaire ainsi enlevés, dont un dermoïde et multiloculaire avec des parties dures, et un cas de kyste du paro-vaire tordu, dans lequel il fut nécessaire de pratiquer, en outre, une hystérectomie et une appendicectomie. Cependant, certains auteurs, Pollosson en particulier, préfèrent employer l'incision verticale plutôt que l'incision transversale pour les kystes de l'ovaire suspects de malignité, pour les kystes intra-ligamentaires adhérents, tordus, et à contenu suspect de septicité : d'après cet auteur, il y a avantage à les enlever en masse, c'est-à-dire sans les ponctionner, soit pour se préserver plus sûrement de l'infection, soit pour en faciliter le clivage et l'énucléation. En somme, la technique de Pfannenstiel nous paraît surtout indiquée pour l'ablation des kystes de l'ovaire pas trop volumineux, et que l'on prévoit uniloculaires, réductibles facilement par la ponction et libres d'adhérences.

Un trop gros volume constitue aussi la contre-indication à l'emploi de la méthode de Pfannenstiel dans l'extirpation des *fibromes de l'utérus*. Elle ne donne pas un jour suffisant pour enlever les fibromes, qui débordent large-

ment au-dessus du petit bassin, et on ne saurait admettre l'emploi du procédé de morcellement de Werth pour conserver aux opérées le bénéfice de l'incision transversale.

Fig. 6. — Utérus fibromateux du volume des deux poings, et pesant 450 grammes, enlevé sans gêne opératoire par laparatomie transversale.

M. le Dr Lapointe donne comme limite d'opérabilité des fibromes par l'incision transversale le volume des deux poings ou celui d'une tête de nouveau-né. Nous reprodui-

sons ici une photographie d'un utérus fibromateux, qu'il a enlevé par incision transversale. Dans le cas où le poids de l'utérus ne dépasse pas 500 grammes environ, son ablation par hystérectomie totale se fait aussi aisément qu'avec la laparotomie médiane classique.

Il est enfin une affection pour laquelle la laparotomie transversale nous paraît contre-indiquée dans tous les cas, c'est le *cancer de l'utérus*. Qu'il s'agisse de cancer du col ou de cancer du corps de l'organe, et quel que soit le mode opératoire employé, la laparotomie par incision transversale ne donnerait pas un jour suffisant, et exposerait, croyons-nous, le chirurgien à ne pas voir des lésions, qui deviendraient la source de récidives ultérieures. D'ailleurs, dans ces cas il est une autre technique à opposer à celle de l'incision transversale de la peau et de l'aponévrose de Pfannenstiel, c'est la technique de Mackenroth, qui incise transversalement non plus seulement la peau et l'aponévrose, mais les muscles droits eux-mêmes, et cela dans le seul but de se donner plus de jour, sans se préoccuper de la solidité future de la paroi.

Par contre, toutes les *opérations de fixation et de redressement de l'utérus* sont justiciables de l'incision transversale. C'est la méthode de choix pour l'hystéropexie dans les cas de rétroversion essentielle, de rétroflexion mobile ou adhérente, de prolapsus de l'utérus.

M. le D Lapointe a opéré ainsi deux cas de rétroversion essentielle par fixation des ligaments ronds et un cas de prolapsus, en ajoutant une périnéorraphie. Dans un cas, qu'il a opéré avec M. le Dr Vénot, de Bordeaux, il s'agissait

d'un prolapsus utérin avec éventration inguinale par récidive après la cure radicale d'une hernie.

L'incision cutanéo-aponévrotique transversale prolongée vers la région herniaire leur permit de pratiquer à la fois une hystéropexie et la restauration pariétale.

Tels sont les différents cas d'affections des organes génitaux de la femme, qui nous paraissent justiciables de l'incision transversale sus-pubienne de la peau et de l'aponévrose. On peut encore l'appliquer avec avantage dans certains cas où une simple laparotomie sans autre intervention paraît nécessaire, qu'il s'agisse de laparotomie pratiquée comme l'a fait Pfannenstiel dans un cas avec un but de diagnostic, pour rechercher la cause d'une douleur vive dans la région ovarienne, ou qu'il s'agisse de laparotomie curative dans le cas de péritonite tuberculeuse à forme ascitique. On comprendra combien il y a intérêt alors à ne pas laisser une cicatrice apparente chez une jeune fille vierge, et, cette considération laissée de côté, il vaudra mieux substituer au procédé classique un procédé qui donnera une plus grande solidité de la paroi, et mettra les opérées plus sûrement à l'abri des éventrations précoces ou tardives, pour les raisons que nous avons indiquées plus haut.

Enfin plusieurs auteurs ont proposé d'étendre cette méthode à un certain nombre d'interventions, qui n'appartiennent pas à la gynécologie. C'est ainsi que Dartigues (1) la préconise dans la résection de l'appendice à froid, à tort, croyons-nous, car l'appendice est souvent difficile à

---

1. *Paris chirurgical*, mars 1909.

trouver avec l'incision de Pfannenstiel surtout lorsqu'il est en situation haute. L'appendicectomie ne sera faite par cette voie qu'accessoirement et comme complément d'une intervention sur les annexes. Tixier (de Lyon) a pratiqué des laparotomies épigastriques pour cancer de l'estomac en empruntant le mode d'incision transversale de la peau et de l'aponévrose, que nous avons décrit. Nous n'insisterons pas sur ces faits, qui sont en dehors de notre sujet limité aux laparotomies gynécologiques.

Pour terminer ce chapitre d'indications, nous citerons les statistiques des divers auteurs, qui se sont montrés partisans de l'incision transversale de la peau et de l'aponévrose, Pfannenstiel dit avoir opéré cinquante et un cas suivant cette technique, les trois quarts étant constitués par des maladies inflammatoires génitales et para-génitales, quelques-unes graves par les douleurs tenaces, qu'elles occasionnaient. Il y avait 9 autres cas de maladies inflammatoires plus bénignes, 6 rétroflexions d'utérus mobiles, 3 rétroflexions avec pelvi-péritonites simples, 6 grossesses tubaires, 1 tumeur ovarique du volume d'une tête d'adulte. Une fois, la laparotomie transversale fut pratiquée dans un but de diagnostic, pour rechercher la cause d'une douleur vive de la région ovarienne. Dans 5 cas, il pratiqua une extirpation supra-vaginale de l'utérus avec ses annexes pour myomes avec tumeurs papillomateuses de l'ovaire au début. Enfin dans 6 cas plus récents, il s'agissait de grossesses extra-utérines opérées par Pfannenstiel par résection de la trompe correspondante et extraction de l'hématocèle.

Chavannaz relate, dans la *Province médicale* de 1906, 6 cas opérés par lui :

Dans le premier, il pratiqua un raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds pour une rétroversion utérine.

La deuxième opérée avait un pyo-salpinx droit, un hydro-salpinx gauche, et une rétroflexion utérine adhérente. Il pratiqua une castration utéro-ovarienne. Dans un cas de fibrome utérin, il fit une hystérectomie subtotale et une oosalpingectomie double.

Chez sa quatrième malade, qui présentait un hydro-salpinx gauche et une rétroversion de l'utérus, il fit de même une oosalpingectomie, un raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et une appendicectomie. Il put observer dans ce cas après l'opération la guérison de troubles hystériques présentés par la malade. Dans deux autres cas enfin il pratiqua la castration utéro-ovarienne pour oosalpingites doubles.

Dans la statistique publiée par Pollosson en 1906 dans le *Lyon Médical* et qui porte sur vingt-huit cas opérés par lui depuis avril 1905 nous voyons :

Une extirpation de fibrome du volume d'une tête d'adulte ;

Six castrations pour annexites suppurées avec hystérectomie totale ;

Une salpingectomie unilatérale pour pyo-salpinx ;

Deux castrations pour hydro-salpinx et varicocèle tubo-ovarienne ;

Deux grossesses extra-utérines ;

Six kystes dont deux intraligamentaires ;

Dix interventions pour rétroflexion, libération d'adhé-

rences, plicature des ligaments ronds, salpingectomie, appendicectomie.

Les quarante-neuf observations qu'a bien voulu nous fournir M. le Dr Lapointe de malades opérées par lui depuis 1905 se décomposent de la façon suivante :

Vingt-six castrations utéro-ovariennes pour annexites doubles avec hystérectomies totales ou subtotales ;

Une ablation des trompes et des ovaires avec hystéropexie ;

Dix oosalpingectomies unilatérales avec ou sans hystéropexie et appendicectomie ;

Une salpingectomie double avec ovariectomie unilatérale ;

Deux hystérectomies pour fibromes ;

Deux fixations des ligaments pour rétroversion utérine essentielle ;

Une hystéropexie pour prolapsus utérin ;

Cinq ablations de kystes de l'ovaire dont un remontant à deux doigts au-dessous de l'ombilic, et un autre dermoïde et multiloculaire avec parties dures ;

Enfin une ablation de kyste de l'ovaire tordu avec hystéropexie.

Nous reproduisons d'ailleurs en les résumant toutes ces observations.

Nous avons pu retrouver un certain nombre d'opérées, et nous signalons pour chacune de celles que nous avons revues les résultats que nous avons pu constater.

Observations de malades opérées par M. le Dr Lapointe de 1905 à 1908 par la méthode de Pfannenstiel et que nous avons pu revoir à l'occasion de notre travail.

OBSERVATION I

Mme S..., trente-quatre ans, ménagère, entre à l'hôpital Tenon le 17 avril 1905. Bien réglée depuis l'âge de quatorze ans. A eu sept enfants dont quatre vivants et trois morts en bas âge. A subi, dit-elle, il y a trois ans, une opération pour salpingite par voie vaginale(avec anesthésie générale) probablement colpotomie. Malade depuis trois ans, mais surtout depuis huit mois, époque à laquelle la malade a eu enfant né avant terme. Depuis trois ans, pertes blanches, abondantes, fétides, empesant le linge, et occasionnant des brûlures à la miction. Pertes rouges depuis huit mois, dans l'intervalle des règles, pas très abondantes, sans caillots : la malade voit plusieurs fois dans le mois. Douleurs abdominales depuis le début, dans tout le ventre, avec maximum à l'hypogastre, irradiées aux reins et aux membres inférieurs, calmées par le repos. Pas de crises d'appendicite.

Examen. — Ventre très souple, flasque, sillonné de rides et de vergetures, rien de sensible à la palpation simple sauf une légère douleur au point de Mac Burney (mais pas de crises d'appendicite).

30 avril 1905. — Hystérectomie abdominale subtotale

par M. le Dr Lapointe. Incision sus-pubienne transversale ; on aperçoit un utérus un peu gros et des ovarites scléro-kystiques de la grosseur d'une noix de chaque côté.

L'appendice examiné attentivement paraît sain et est laissé en place. Hystérectomie par hémisection. Ligature normale des pédicules artériels ; péritonisation. Suture en trois plans. Agrafes ; pas de drain ; pas de crises. Pas de pus dans les trompes ; pas d'adhérences des ovaires. Réunion *per primam*. Sortie le 23 juin guérie complètement.

Actuellement, état général excellent, travaille bien, marche bien. Cicatrice tout à fait dissimulée, absolument indolore. La peau du ventre fait un pli au niveau de la cicatrice.

L'aponévrose forme un plastron résistant sans aucune trace d'interstice pendant les efforts. Pendant l'effort, le tronc renversé la cicatrice reste absolument solide.

OBSERVATION II

Mlle N..., vingt-trois ans, employée de commerce, entre à Lariboisière, salle Denonvilliers, lit no 2 le 21 août 1905. Réglée à quatorze ans ; pertes blanches. Début de la maladie après une couche à terme le 26 août 1903. Signes d'infection post-partum ; douleurs persistantes. Au moment de l'entrée à l'hôpital, double annexite très douloureuse. Elle est opérée par M. le Dr Lapointe le 25 août 1905. Après incision transversale de la paroi abdominale suivant la technique de Pfannenstiel, hystérectomie subtotale et appendicectomie.

Drainage pendant quatre jours au moyen de deux drains sus-pubiens. Réaction péritonéale.

La malade sort le 20 septembre 1905.

Elle a été revue le 16 juin 1909. On constate à l'inspection une cicatrice presque linéaire avec une légère dépression à la partie médiane, répondant au siège des drains. La peau forme un léger pli au niveau de la cicatrice. La petite dépression médiane n'accepte même pas la pulpe de l'index.

Aucune impulsion à la toux même dans la position de renversement du tronc en arrière.

L'opérée est employée de commerce et travaille debout de huit heures du matin à sept heures et demie du soir.

Elle n'a jamais porté de ceinture abdominale.

OBSERVATION III

Mme L..., trente et un ans, femme de chambre. Salpingite double et appendicite.

Deux enfants, pas de fausse couche. Pertes blanches depuis quatre ou cinq ans. Douleurs. Selles irrégulières. Trois crises différentes. Douleurs dans tout le ventre.

Pas de localisation au point de Mac Burney ; masse dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Opération le 12 décembre 1905 à Lariboisière.

Laparotomie transversale.

Ablation de la trompe gauche, résection cunéiforme. Conservation de l'ovaire.

Péritonisation régulière. Ablation des annexes droites. Les trompes étaient épaissies, suppurées, mais non kystiques. On cherche l'appendice, qu'on trouve sans aucune connexion avec les annexes droites. On ne voit que sa base et 5 centimètres environ de son étendue ; il est gros et dur, le reste remonte derrière le cæcum, très adhérent. On sent une

masse grosse comme le pouce environ, encastrée dans la paroi propre du cæcum, qui reste après rupture du segment cæcal du diverticule.

On résèque le bout cæcal ; le décollement du reste enclavé dans l'intestin risquant d'ouvrir celui-ci, on l'abandonne.

Drainage du foyer appendiculaire, après fixation du cæcum en avant du foyer, par une incision au-dessus de la crête iliaque.

L'incision transversale est fermée. Guérison ; sortie de l'hôpital le 5 janvier 1906.

Revue le 15 juin 1909.

L'opérée est bien réglée : il lui reste son utérus et son ovaire gauche.

Bon état général ; cicatrice à peu près invisible et solide.

Mais paroi abdominale mauvaise : éventration de grossesse (la malade a eu deux enfants).

Rétroflexion adhérente.

Déchirure ancienne médiane sur le périnée et à gauche de la colonne postérieure du vagin.

OBSERVATION IV

Mme L..., trente ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Gosselin, lit nº 9, le 2 août 1907, pour annexite gauche. Le 31 août 1907, laparotomie transversale ; salpingectomie unilatérale, hystéropexie.

Pelvi-péritonite, rétroversion adhérente ; ovaro-salpingite gauche.

Ablation des annexes gauches (ovaire scléreux, triplé de volume).

Hystéropexie ligamentaire. Un drain à cause du suintement sanguin abondant ; durée de l'opération trente-cinq minutes.

Séjour au lit : trois semaines après l'opération.

Suppuration ; petit abcès au dessus de la cicatrice.

Revue le 16 juin 1909.

Malgré la suppuration, bonne solidité de la cicatrice ; petite dépression au milieu à l'endroit correspondant au drain ; mais aucune impulsion à la toux même au niveau de cette dépression.

La malade présente du côté droit une annexite du volume d'une mandarine.

OBSERVATION V

Mme H. L..., quarante-deux ans, dévideuse, entre à Lariboisière le 30 août 1907.

Kyste de l'ovaire gauche, remontant à deux doigts au-dessous de l'ombilic.

Au moment où elle est sur la table, teinte ictérique, mais pas de température.

Scopolamine.

Laparotomie transversale, le 30 août 1907.

Ponction du kyste qui est uniloculaire.

Pédiculisation facile.

Durée de l'opération : vingt-cinq minutes.

Nous l'avons examinée le 15 juin 1909.

Cicatrice absolument invisible.

Paroi très solide au niveau de la cicatrice.

Aucune impulsion à la toux, ni au renversement en arrière.

La malade fait tout son travail sans difficulté et ne porte pas de ceinture abdominale.

OBSERVATION VI

Mme P..., dix-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Gosselin le 16 septembre 1907 pour tumeur abdominale.

Gros kyste de l'ovaire multiloculaire avec parties dures.

Diagnostic de kyste dermoïde à cause de son accroissement rapide et de son siège pré-utérin.

Opérée le 19 septembre par M. le Dr Lapointe qui pratique une laparotomie transversale pour des raisons d'esthétique, et parce qu'il ne prévoit pas d'adhérences.

Mais comme le kyste est plus gros qu'une tête d'adulte et multiloculaire, il n'a pu être extrait qu'après ponction successive de trois poches, dont deux contenaient un liquide claire et une, un liquide hématique.

Pédiculisation sur la corne droite.

Ablation d'un appendice long.

Fixation ligamentaire transrectale.

Assèchement du péritoine. Pas de drainage.

Guérison sans incident. La malade sort de l'hôpital le 10 octobre.

Revue le 15 juin 1909 : la cicatrice est à peine visible.

On ne sent en dehors de l'effort aucune dépression.

Au renversement du tronc en arrière et pendant la toux, il n'y a aucune trace d'intestin en aucun point de la cicatrice.

Solidité remarquable. La malade n'a jamais porté de ceinture.

OBSERVATION VII

Mlle B. C..., vingt-trois ans.

22 avril 1908. — A l'Hôtel-Dieu.

Laparotomie transversale pour double annexite ancienne avec rétroflexion adhérente.

Hystérectomie totale par hémisection, et ablation des annexes très adhérentes.

Drain sus-pubien (le vagin n'ayant pas été préparé).

Suites satisfaisantes, malgré légère élévation thermique dans les deux premiers jours.

Revue par nous le 14 juin 1909.

Cicatrice cachée dans un repli de la peau au niveau de la limite des poils.

Pas de point faible, ni d'impulsion à l'effort et au renversement du tronc en arrière.

La malade a repris ses occupations et n'a jamais porté de ceinture abdominale.

OBSERVATION VIII

Mme B..., vingt-six ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Gosselin, le 16 juillet 1908.

Annexite double. Opération le 14 août 1908.

Incision transversale sus-pubienne.

Hystérectomie subtotale.

Pas de suppuration. Guérison.

Lever le 1er septembre.

Revue le 15 juin 1909.

Cicatrice un peu épaissie, légèrement chéloïdique et un peu sensible.

Solidité parfaite de la cicatrice : pas trace de déhiscence.

Pas d'impulsion à la toux.

OBSERVATION IX

M. T..., vingt-sept ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1908.

Kyste de l'ovaire gros comme les deux poings. Opération le 23 juillet 1908.

Incision de Pfannenstiel.

Aucune adhérence.

Fixation de l'utérus par ligamentopexie droite transrectale.

Kyste uniloculaire à paroi interne absolument lisse. liquide eau de roche.

Sortie le 14 août 1908. Suites normales.

Revue par nous le 16 juin 1909.

Cicatrice dissimulée dans les poils.

Bonne solidité ; pas d'impulsion à l'effort en aucun point de la cicatrice.

OBSERVATION X

M^lle^ C..., vingt ans, infirmière à l'Hôtel-Dieu.

Entre en salle le 31 juillet 1908. Kyste de l'ovaire.

Opération le 5 août 1908.

Incision transversale de Pfannenstiel dans les poils du pubis.

Ablation d'un kyste ovarique droit banal du volume d'une tête d'enfant.

Pas de drainage au moment de l'opération.

Lever le quatorzième jour après l'opération.

Secondairement, petit abcès, drainage.

Revue par nous le 16 juin 1909 :

Cicatrice linéaire cachée par les poils du pubis.

Petite dépression à l'angle gauche de la cicatrice, correspondant à la place du drain.

Solidité parfaite ; aucune impulsion à la toux.

La malade ne porte pas de ceinture abdominale.

OBSERVATION XI

Mme Z..., trente-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 août 1908.

Rétroversion essentielle, non mobilisable à l'examen clinique.

Opération le 18 août 1908.

Laparotomie transversale.

Fixation des ligaments ronds. (Doléris modifié.)

Appendicectomie.

L'utérus n'était pas adhérent. Une simple bride péritonéale est tendue entre l'isthme et le rectum ne pouvait le fixer.

Suites normales.

Sortie le 2 septembre.

Revue par nous le 17 juin 1909.

Cicatrice peu apparente un peu au-dessus de la limite des poils.

Paroi très solide : pas d'impulsion à l'effort.

OBSERVATION XII

Mme T..., trente et un ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 11 août 1908 pour annexite.

Opération le 15 août 1909.

Incision de Pfannenstiel.

Hydro-salpinx droit très adhérent ; salpingo-ovarite gauche très adhérente. Incision entre l'utérus et les annexes gauches.

Extirpation totale de l'utérus. Extirpation de bas en haut des annexes gauches, fusionnées avec la paroi pelvienne.

Suture du vagin. Péritonisation.

Suture de la paroi sans drainage. Lever le quinzième jour,

Revue par nous le 17 juin 1909.

Cicatrice dissimulée à la limite des poils.

Pas de dépression, ni d'impulsion en aucun point au moment de l'effort.

La malade ne porte pas de ceinture abdominale.

Observations des opérées qu'il nous a été impossible de retrouver, mais dont un certain nombre ont été revues par M. le Dr Lapointe depuis leur opération.

Mme D..., dix-neuf ans, entrée à Lariboisière, le 21 juillet 1905.

Un enfant, une fausse couche.

Début de la maladie il y a deux ans.

Douleurs, pertes.

Diagnostic : utérus plaqué en arrière par une salpingite double ancienne. Appendice suspect.

La fièvre disparaît au bout de cinquante-cinq jours.

Opération le 23 septembre 1905 : laparotomie transversale sus-pubienne.

Ovaro-salpingectomie gauche.

Salpingectomie droite, sans ablation de l'ovaire.

Hystéropexie.

Fils enlevés six jours après l'opération.

Le huitième jour, fièvre.

Petit abcès de la paroi ; le pus semble collecté entre les muscles et l'aponévrose. Suites normales.

Plaie presque cicatrisée le 7 novembre 1905.

OBSERVATION XIV

Mme B..., vingt-cinq ans, entrée à Lariboisière le 4 septembre 1905, opérée le 30 septembre. Ovaro-salpingectomie *gauche* sans pexie. Conservation de l'utérus et des annexes droites.

Revue par M. le Dr Lapointe le 27 décembre 1906.

Réglée irrégulièrement.

A repris ses occupations.

Cicatrice de 11 centimètres, peu visible.

Paroi très solide.

OBSERVATION XV

Mme K..., dix-neuf ans. Annexite double. Hystérectomie subtotale après laparotomie transversale le 26 août 1905 à Lariboisière où elle est entrée le 8 août 1905.

Drainage vaginal et abdominal.

Suppuration.

Revue par M. le Dr Lapointe (1907).

Cicatrice peu apparente.

Bonne solidité de la paroi ; pas de point faible.

La malade travaille et ne porte pas de ceinture abdominale.

OBSERVATION XVI

Mme B..., trente-deux ans. Deux enfants, pas de fausses couches.

Entrée à Lariboisière, salle Denonvilliers, le 28 août 1905. Douleurs dans le ventre. Pression abdominale très douloureuse. Le toucher vaginal permet de sentir dans les culs-de-sac latéraux deux masses assez volumineuses. Température 39 degrés.

Maladie semble avoir débuté il y a six ans par douleurs et pertes. Quelques jours de repos eurent raison de cette première crise.

4 août 1905. — Deuxième crise, la malade entre à la salle Denonvilliers et sort dix jours après ne voulant pas se laisser opérer. Revient le 28 août et est opérée le 28 septembre.

Laparotomie transversale.

Ovaro-salpingectomie unilatérale droite.

Libération des adhérences.

Un petit kyste séro-hématique de l'ovaire, Ignipuncture ovarique à gauche ; la trompe paraît saine.

Hystéropexie.

Fils enlevés le sixième jour. Sort le 13 octobre 1905.

Revue par M. le Dr Lapointe en janvier 1907.

A repris son travail le 19 novembre 1905. Utérus en position normale et mobile, cicatrice presque linéaire et peu visible, très solide.

OBSERVATION XVII

Mme C..., vingt-huit ans, entre à Lariboisière pour douleurs dans le ventre, qui durent depuis quatre ans, et pour métrorragies. Elle ne peut plus travailler. L'examen de la malade la fait beaucoup souffrir ; on trouve un utérus gros comme

le poing avec une tuméfaction de la corne utérine droite du volume d'un œuf, et très douloureuse. De plus, on trouve une masse dans le Douglas. On diagnostique un utérus fibromateux avec annexite et pyo-salpinx gauche prolabé dans le Douglas.

4 septembre 1905. — Hystérectomie abdominale totale par section médiane après laparotomie transversale.

Pas de drainages.

Suites très satisfaisantes le 5 septembre. Pouls 100. Température 37 degrés.

Pas de vomissements.

Le 6 au matin, pouls 120. Température 38°6. Anxiété de la malade. Ventre souple. Pas de vomissements. Rien au toucher.

Le 6 au soir, même état ; une selle, gaz. On craint une infection de la paroi.

7 septembre. — Malade plus calme. Pouls 104. Température 38 degrés.

On refait le pansement ; tout semble normal, sauf un point légèrement douloureux au-dessus et à gauche de la suture. Pas d'empâtement. Fils enlevés le cinquième jour. Aucune trace d'impulsion. Ventre souple. Paroi sans aucune induration phlegmoneuse. Toucher indolore n'indique rien. Malade sort le 22 septembre.

Revue le 27 décembre 1906 par M. le Dr Lapointe : n'a pas eu de règles. Aurait eu pleurésie droite. Ne souffre plus du tout du ventre. Tout est parfaitement souple au toucher. Quelques troubles d'insuffisance ovarienne. Cicatrice de 12 centimètres au-dessus des points. Ventre très solide ; pas de déhiscence au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XVIII

Mme D..., vingt-trois ans, deux enfants, quatre fausses couches. Entrée à Lariboisière le 4 septembre 1905 pour douleurs abdominales et pertes.

Début de la maladie il y a deux ans. Toucher vaginal : grosse salpingite à gauche, légère à droite.

Jamais de fièvre.

Opération le 21 septembre.

Laparotomie transversale.

Ovaro-salpingectomie unilatérale gauche.

Hystéropexie.

Fils enlevés le sixième jour.

Sort le 17 octobre.

Revue par M. Dr Lapointe.

Etat parfait.

Ventre très beau : cicatrice de 10 centimètres linéaire et invisible dans sa partie droite, à 1/2 centimètre au-dessus des poils.

A repris son travail.

Paroi très solide.

OBSERVATION XIX

Mlle A. M..., vingt-cinq ans, entre à Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 1, le 19 octobre 1905.

Une fausse couche, deux enfants, l'un mort à trois mois, l'autre bien portant.

Douleurs dans le bas-ventre depuis un an.

Pertes blanches depuis cinq ans.

Pertes rouges peu abondantes, mais règles douloureuses et contenant beaucoup de caillots.

Ni température, ni frissons.

Au toucher, douleur surtout dans le cul-de-sac gauche.

Opérée le 10 novembre 1905 par laparotomie tranversale.

Hystérectomie supra-vaginale par hémisection.

A droite un kyste séro-hématique gros comme une mandarine, qui se rompt sur les compresses. Trompe adhérente et suppurée.

Il reste une cavité dont la surface saigne légèrement.

A gauche, ovaro-salpingite suppurée adhérente.

L'origine du rectum est adhérente au moignon de l'utérus, qui ferme toute la partie droite du cul-de-sac recto-utérin.

Le kyste et la trompe gauche occupent la partie gauche.

Drainage vaginal.

11 novembre. — Etat parfait.

12 novembre. — Vomissement verdâtre. Température axillaire, 37°6. Pouls 84.

On enlève le drain vaginal, et on place une mèche de gaze iodoformée dans le cul-de-sac postérieur.

On enlève les fils le 16 novembre.

Sortie le 1er décembre.

Revue par M. le Dr Lapointe, le 10 janvier 1907.

Parfait état ; plus de douleurs.

Plus de pertes blanches. Pas de règles.

Cicatrice à 1 centimètre au-dessous de la limite des poils complètement invisible. (Voir photographie).

Solidité parfaite de la paroi au niveau de la cicatrice.

La malade a repris sa profession de danseuse.

OBSERVATION XX

Mme L..., vingt-huit ans, entre à Lariboisière, salle Denonvilliers le 10 novembre 1905. Opération le 13 novembre.

Laparotomie transversale. Très petite incision cutanée : 8 centimètres.

Hystéropexie ligamentaire par transfixion.

Périnéorraphie postérieure avec myorraphie.

Sort le 3 décembre.

OBSERVATION XXI

Mme D..., cinquante ans. Fibrome de l'utérus.

14 novembre 1905. — A Lariboisière.

Laparotomie transversale.

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome.

Aucune gêne opératoire.

Utérus gros comme les deux poings et pesant 450 grammes. Suites normales.

Se lève le onzième jour après l'opération.

Sort de l'hôpital le quatorzième jour.

OBSERVATION XXII

Mme M..., dix-huit ans, entrée le 11 avril 1906 à Tenon, salle Bouilly, lit n° 5.

Trois crises d'appendicite depuis six mois. Douleur au niveau du point de Mac Burney, sans empâtement appréciable. Utérus un peu gros et sensible dans le Douglas.

Opération le 17 avril 1906. Ovaro-salpingectomie droite sans pexie et appendicectomie.

Incision transversale sus-pubienne. Résection de l'appendice au thermo.

Pas de drainage.

Après l'opération, congestion pulmonaire.

Suites opératoires. — La plaie suppure un peu. La malade sort le 12 mai sur sa demande ; la plaie est presque complètement fermée, mais suppure encore un peu.

OBSERVATION XXIII

Mme P.... vingt-six ans, ménagère entrée à Tenon, salle Bouilly, lit n° 8, le 27 avril 1906.

Début de la maladie il y a dix-huit mois à la suite d'un avortement ; douleurs abdominales dans tout le ventre, arradiées aux reins et aux membres inférieurs, avec maximum dans la fosse iliaque gauche. Semble avoir eu des crises d'appendicite. Pertes blanches. Au toucher, masse dans le cul-de-sac postérieur, qui paraît être l'utérus en rétroversion ; masse annexielle peu volumineuse à droite. Douleur vive au point de Mac Burney. Opération le 30 avril 1906.

Incision transversale sus-pubienne.

A gauche, ovarite scléro-kystique avec petits kystes citrins disséminés ; l'utérus est un peu gros et en rétroversion.

Ablation de l'ovaire gauche et de la trompe.

Appendicectomie. L'appendice est un peu tuméfié, adhérent ; à l'intérieur, plaques de folliculite intense.

Hystéropexie. Fixation des ligaments ronds à travers les muscles et l'aponévrose de chaque côté.

Suture en 3 plans. Agrafes, pas de drain.

Guérison ; réunion *per primam.*

Revue le 5 octobre 1906 par M. le Dr Lapointe.

Malade est enceinte de quatre mois ; la grossesse suit un cours normal. Cicatrice à peine visible.

La paroi est solide et n'aura pas à souffrir de la gravidité utérine.

OBSERVATION XXIV

Mme D..., vingt-neuf ans, entrée le 18 août 1906 à l'hôpital Tenon, salle Bouilly, lit n° 8.

Douleurs abdominales, pertes blanches.

Un enfant, il y a six ans et demi ; une fausse couche en 1900 de deux mois et demi.

A l'examen, on trouve une rétroversion adhérente et douloureuse avec annexite double légère.

Opération le 20 août 1906.

Laparotomie transversale.

Utérus gros et en rétroversion adhérente. Annexes probables et fixées par de la péri-annexite. Ablation des annexes du côté gauche en totalité ; petit kyste séreux gros comme une noisette sur un ovaire scléro-hypertrophique. A droite, conservation de l'ovaire et ablation de la trompe. Appendicectomie : l'appendice est adhérent, très long et bosselé ; son méso est épaissi comme œdémateux ; il présente un petit kyste séreux gros comme une tête d'épingle.

Hystéropexie ligamentaire transrectale.

Pas de drainage. Suites normales, sauf un peu d'ictère.

Réunion *per primam.*

OBSERVATION XXV

Mme B..., trente-trois ans, entre à Tenon, salle Bouilly lit n° 5, le 2 août 1906.

Fausse couche de trois mois et demi.

Règles irrégulières et douloureuses.

La malade souffre depuis l'âge de vingt ans.

Opérée le 8 août 1906. Incision transversale.

Salpingite double ; kyste ovarique à gauche, gros comme une mandarine. Annexite droite, adhérente dans le fond du Douglas.

Hystérectomie par hémisection.

Drainage sus-pubien.

Suites normales.

Sortie le 26 août 1906.

OBSERVATION XXVI

Mme N..., vingt-cinq ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 28 mars 1907.

Opération le 3 avril 1907 : hystérectomie abdominale pour deux pyosalpinx suppurés et adhérents.

Incision de Pfannenstiel.

Drainage sus-pubien.

Guérison.

OBSERVATION XXVII

Mme C..., cinquante-cinq ans, entrée le 10 juillet 1907.

Opération le 19 juillet.

Hystérectomie abdominale subtotale (procédé américain).

Double pyo-salpinx.

Incision transversale.

Guérison après deux jours d'état inquiétant.

OBSERVATION XXVIII

Mme M..., trente-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 18 juin 1907. Opération le 19 juillet.

Laparotomie transversale.

Ablation des annexes droites ; ablation d'un petit corps fibreux de l'utérus, appendicectomie.

Sort guérie le quinzième jour.

Revue le 13 octobre 1907 par M. le Dr Lapointe :

Cicatrice presque invisible.

Utérus non douloureux, mobile et en bonne position.

Paroi très solide au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XXIX

Mme B..., quarante-quatre ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 20 juillet 1907 pour annexite double.

Opération le 25 juillet : Laparotomie transversale.

Double ovaro-salpingite suppurée ; hystérectomie abdominale supra-vaginale.

Drainage vagino-abdominal.

Drain abdominal enlevé le deuxième jour ; drain vaginal enlevé le cinquième jour.

Revue par M. le Dr Lapointe le 30 juillet 1908 :

On constate au-dessus du bord supérieur du pubis une cicatrice transversale, ayant une longueur de 10 centimètres environ. Elle est très peu apparente cachée par les poils de la région et la trace des drains très peu visible.

La paroi abdominale à ce niveau est absolument rétablie et présente une grande solidité.

Les douleurs n'ont pas reparu depuis l'opération ; la malade se porte parfaitement bien et se déclare elle-même très satisfaite des résultats de l'intervention.

OBSERVATION XXX

Mme B..., vingt-deux ans, entrée le 18 juillet à l'Hôtel-Dieu. Le 31 juillet 1907, opération.

Laparotomie transversale.

Double pyo-salpinx ; adhérences avec le côlon.

Hystérectomie subtotale par hémisection.

Décortication pénible des deux pyo-salpinx.

Drain par le cul-de-sac de Douglas.

Drain sus-pubien du côté droit.

L'après-midi, hémorragie ; réouverture, tamponnement à la Mikulicz.

Ablation du drain sus-pubien le deuxième jour.

Ablation du drain vaginal le sixième jour.

Guérison.

OBSERVATION XXXI

Mme D..., vingt-cinq ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1907.

Opération le 2 août 1907. Laparotomie transversale.

Hystérectomie abdominale subtotale. Hémisection.

Appendicectomie : Gros appendice enflammé chroniquement.

Drain abdominal deux jours.

Guérison sans incident.

OBSERVATION XXXII

Mlle B..., trente-six ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 juillet 1907, pour rétroversion utérine, rectocèle.

Opérée le 2 août 1907.

Laparotomie transversale.

Colpopérinéorraphie postérieure.

Hystéropexie ligamentaire transrectale.

Suites normales.

OBSERVATION XXXIII

M. B..., vingt-deux ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 16 juillet 1907.

Opérée le 7 août.

Laparotomie transversale.

Annexite double ; pavillon du côté droit adhérent au Douglas ; à gauche pyo-salpinx du volume d'une mandarine adhérent à l'utérus.

Hystérectomie par hémisection. Appendicectomie.

Drain sus-pubien.

Suites normales.

OBSERVATION XXXIV

M^lle M..., vingt-quatre ans, entrée le 5 août 1907 à l'Hôtel-Dieu.

Péritonite tuberculeuse.

Double salpingite tuberculeuse.

Opération le 9 août 1907.

Laparotomie transversale.

Hystérectomie totale. Appendicectomie.

Drainage abdomino-vaginal.

Fistule sus-pubienne, qui persiste jusqu'au 30 septembre.

Guérison.

OBSERVATION XXXV

M^lle M..., vingt-deux ans, entrée le 23 juillet 1907 à l'Hôtel-Dieu.

Opérée le 12 août 1907.

Salpingite double.

Rétroflexion adhérente.

Laparotomie transversale. Hystérectomie subtotale. Libération assez pénible des annexes surtout du côté droit; une poche suppurée se vide. L'S iliaque est très adhérente en deux endroits.

Drain de Goldmann sus-pubien.

Pas de drain vaginal.

Suites normales.

OBSERVATION XXXVI

M^lle P..., vingt-trois ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 18 juillet, opérée le 21 juillet 1907.

Double salpingite suppurée. Lésions anciennes et remplissant le Douglas.

Laparotomie transversale. Hystérectomie totale; hémisection. Annexes droites suppurées; la poche se vide en partie. Trompe plus grosse que le pouce. Annexes gauches moins volumineuses. Cul-de-sac de Douglas complètement oblitéré. Libération du rectum. Drain vaginal. Fermeture totale du ventre après péritonisation.

Guérison.

OBSERVATION XXXVII

Mlle B..., vingt ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 26 juillet 1907.

Diagnostic clinique : Gros pyo-salpinx droit. Opération le 28 août.

Laparotomie transversale.

Grosse masse à droite, encadrée par la trompe adhérente, mais non kystique. Adhérences récentes avec le grêle. Section de la corne utérine; décortication et rupture de la poche. Fixation transpariétale du ligament rond gauche. Raccourcissement du ligament rond droit. Un drain suspubien. Kyste ovarique avec une poche grosse comme une orange et suppurée.

Guérison.

OBSERVATION XXXVIII

Mme P..., vingt-huit ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 14 juillet 1907, opérée le 4 septembre 1907.

Pelvi-péritonite post-partum avec annexite suppurée, gros utérus.

Laparotomie transversale : ventre très adipeux.

Adhérences intestinales multiples, adhérences de l'épiploon.

L'incision transversale ne suffisant plus, M. le Dr Lapointe pratique une incision en ancre.

Hystérectomie totale.

Drain vaginal. Drain sus-pubien.

Suites opératoires inquiétantes ; fistules stercorales sus-pubienne et vaginale en voie de formation quand M. le Dr Lapointe quitte le service.

OBSERVATION XXXIX

Mlle F.... trente-quatre ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 3 avril 1907, opérée le 7 avril. Laparotomie transversale.

Double pyo-salpinx ancien et très adhérent surtout à la face antérieure du rectum. Hémisection. Rupture de la trompe gauche. Appendicectomie.

Tamponnement à la Mikulicz.

Drain vaginal.

Guérison.

OBSERVATION XL

Mme D..., entrée le 31 mars 1908 à Saint-Antoine, salle Gosselin.

Opérée le 13 avril : Rétroflexion adhérente d'un gros utérus scléreux avec lésions annexielles anciennes.

On cherche d'abord à libérer l'utérus complètement renversé dans le Douglas pour le conserver. On arrive avec

beaucoup de peine à le cliver incomplètement ; les annexes gauches peu volumineuses sont incomplètement adhérentes.

Ablation de l'utérus assez pénible par laparotomie transversale.

Drain vaginal sous un dôme péritonéal.

La malade se lève le 23 avril.

OBSERVATION XLI

Mme P..., trente-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1908.

Diagnostic de salpingite double avec gros pyo-salpinx droit.

Opérée le 1er août 1908 : laparotomie transversale.

On trouve un kyste parovarien droit gros comme les deux poings ; son pédicule comprenant la trompe est tordu deux ou trois fois.

Liquide non hémorragique ; pas d'adhérences autour du kyste.

Hystérectomie totale, appendicectomie.

OBSERVATION XLII

Mlle M..., entrée le 20 juillet 1908 à l'Hôtel-Dieu.

Pyo-salpinx double. Opération le 4 août 1908.

Incision de Pfannenstiel.

Double pyo-salpinx très adhérent. Hystérectomie totale. Drain vaginal.

Péritonisation par suture des franges du côlon pelvien au péritoine vésical. Pas de drain abdominal.

Ablation du drain et des mèches le deuxième jour.

OBSERVATION XLIII

M^lle P..., vingt-six ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 juillet 1908.

Salpingite double.

Incision de Pfannenstiel.

Hystérectomie abdominale totale.

Salpingo-ovarite bilatérale très adhérente à l'intestin et au rectum ; celles de la paroi pelvienne ne peuvent être détachées par en haut. D'autre part, elles retiennent l'utérus en arrière de sorte qu'une décollation postérieure n'est pas possible, les instruments ne pouvant manœuver dans le Douglas. Section première du col en avant.

L'utérus est alors facilement attiré en haut, et les annexes décollées de haut en bas de chaque côté. Les utérines ont été étirées par cette manœuvre ; la droite a coupé ; elle a été pincée après ablation de la masse utéro-annexielle. Ligatures, surjet sur le col, surjet péritonéal. Suture sans drainage.

OBSERVATION XLIV

M^me D..., trente-trois ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 8 août 1908.

Kyste de l'ovaire. Opération le 14 août 1908.

Incision transversale de Pfannenstiel.

Kyste de l'ovaire droit, banal. Extirpation. Ligamentopexie à gauche à l'aide du ligament rond passé à travers le muscle droit. Suture. Pas de drainage. Sortie le 7 septembre 1908.

OBSERVATION XLV

Mlle A..., vingt et un ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 7 août 1908.

Salpingite double, d'origine blennorragique probable.

Opération le 20 août 1908 : Laparotomie transversale.

Hystérectomie supra-vaginale par hémisection. Le pus s'écoule pendant le décollement de bas en haut ; rien n'a été souillé en dehors des compresses. Bien que pus gonococcique, drain par le Douglas.

Pas de drain sus-pubien.

Suites normales. Sortie le 5 septembre 1908.

OBSERVATION XLVI

Mlle M. R..., vingt ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 août 1908 pour salpingite double.

Opérée le 21 août 1908. Incision de Pfannenstiel très basse.

Salpingo-ovarite bilatérale non kystique avec pelvi-péritonite adhésive. On trouve la trompe droite adhérente à la face postérieure du corps utérin tortueuse et dilatée. Le pavillon est enfoui dans une masse d'adhérences sur laquelle vient se fixer aussi une anse d'intestin grêle.

Plus bas, rectum adhérent à l'isthme. A gauche, grosse masse ovarique kystique recouverte par une trompe parenchymateuse.

Libération des adhérences vésicales en avant, intestinales en arrière.

Libération des annexes. Section de haut en bas de chaque

ligament large. Section du col en entonnoir, suture du col. Péritonisation.

Appendice impossible à découvrir, suture sans drainage.

Suites normales ; sort de l'hôpital le 5 septembre 1908.

OBSERVATION LVII

Mlle H..., dix-huit ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 18 août 1901.

Pyo-salpinx bilatéral. Ablation des annexes et hystérectomie. Laparotomie transversale.

Section subtotale de l'utérus. Il existait un double pyosalpinx volumineux à contenu purulent verdâtre et adhérent au Douglas.

Péritonisation. Suture sans drainage. Suites normales.

Sortie le 17 septembre 1908.

CONCLUSIONS

I. — La méthode d'incision transversale sus-pubienne de la peau et de l'aponévrose suivant la technique préconisée par Pfannenstiel mérite d'être utilisée dans un grand nombre de laparotomies gynécologiques.

II. — Elle donne d'excellents résultats au point de vue de la solidité de la cicatrice, et met les opérées à l'abri aussi bien des déhiscences précoces de la paroi et du prolapsus post-opératoire de l'intestin que des éventrations tardives.

III. — Elle est supérieure au point de vue esthétique à l'incision verticale classique.

IV. — Son emploi se trouve contre-indiqué dans tous les cas de tumeur trop volumineuse des organes génitaux telle que kyste de l'ovaire remontant à l'ombilic, fibrome débordant la cavité pelvienne ou cancer de l'utérus.

Vu le Président de la thèse
DELBET

Vu le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Kraus, — Uber den suprasymphysæren Kreuschnitt nach Küstner Leitsch f. Geb. u. Gyn., 1904, LII, 491-500.

Küstner. — Der suprasymphyæren Kreuschnitt eine Methode der Kœlotiomie bei Wenig umfæglichen Monats f. Greuzg ur. Gyn., 1896, IV, 196. Verhandlung d. deutsch. Gesells f. Gyn., 1901, IX, 585.

Rapin. — Congrès de Genève, 1896. Presse médicale, p. 480.

Pfannenstiel. — Uber die vortheile des suprasymphysæren Fascienquerschnitt für die gynækologischen Kœliotomie. Sannul. Klin. Vortr., 1897-1900. N. F., nº 268 (Gyn. 97-1735-56) et Verhandl. d. deutsch. Gesells. f. Gyn., 1901, IX, 587-591.

Werth. — (Assistant de Dœderlein). Gentralblatt für Gynækl (1904). Anal. Presse médicale, 26 octobre 1904.

Menge. — Uber den supasymphysæren Fascienq. nach Pfannenstiel. Monats f. Geb. u. Gyn., 1903, XVII, 1259-1279.

Lapointe. — In « La Clinique », 2 février 1906, p. 68 et 16 février 1906, p. 103.

Chavannaz.— Sur l'incision de Pfannenstiel. Province Médicale, 1906, nº 41.

Vénot. — Laparot. par le procédé de Pfannenstiel. Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux, 1907, XXVIII, p. 367.

Pollosson.— Incision transversale des couches superficielles (aponévr. et peau). Lyon Médical, 1906, CVI, 489-495.

Dartigues. — De l'incision cruciale et de l'incision sus-pubienne. Pr. médicale, 4 octobre 1899, p. 202.

Naudet. — Thèse de Paris, 1900.

Guennoc. — Thèse de Bordeaux, 1907. Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé de Pfannenstiel.

Cunnston. — Annals of Gynekol., octobre 1907.

Latarjet. — Incision de Pfannenstiel. Lyon Médical, 1907, CVIII, 960-964.

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.